

ФАРМАКОЭКОНОМИКА В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВОЕННЫХ ПРОВИЗОРОВ

(из опыта работы Военно-медицинской академии)

Нагибович А.Р.

Военно-медицинская академия, Россия

Фармакоэкономические методы исследования призваны служить инструментом регулирования фармацевтического рынка. Их применение в клинической и фармацевтической практике позволяет установить рациональный уровень лекарственной помощи населению, а также осуществлять контроль за обоснованностью применения тех или иных лекарств в процессе лечения.

Анализ исследований, касающихся разработки научно обоснованных норм потребления, свидетельствует о том, что стандартизация медицинского имущества для определенных нозологических форм заболеваний относится к классу невоспроизводимых и слабоформализуемых проблем.

Рассмотрение проблемы оптимизации выбора лекарственных средств с системных позиций позволяет выделить следующие, порой взаимоисключающие, подходы к ее решению.

Первый подход - это оценивание результативности применения альтернативных по основному терапевтическому эффекту лекарственных средств и выбор того средства, которое дает максимальный эффект. Однако, как правило, наиболее эффективные препараты имеют и наиболее высокую цену. Иными словами, чем больше денег будет затрачено, тем выше будет результативность лечения. Но денежные ресурсы ограничены, по-

этому единственный критерий наибольшей терапевтической эффективности - не очень подходящая основа для сравнения лекарственных средств.

Другой подход состоит в определении номенклатуры, требующей минимальных затрат. Это также не очень обоснованный способ сравнения лекарственных средств, так как минимизируя затраты, можно прийти к решению «ничего неделания», или, что более реально, тратить незначительные денежные средства на малоэффективные лекарственные препараты.

Более осмысленным представляется подход, известный как фармакоэкономический анализ и основанный на одновременном рассмотрении результативности применения лекарственных средств и производимых затрат.

При этом само понятие «фармакоэкономика» определяется как «анализ стоимости лекарственной терапии для системы здравоохранения и общества». Используются такие методы фармакоэкономического анализа, как «стоимость-выгода», «стоимость-эффективность», «стоимость-польза», стоимость заболевания. Основой развития этого направления послужило стремление объективизировать процесс выбора альтернативных решений, сделать его более независимым от интуиции и личных пристрастий людей, принимающих решения в рассматриваемой области.

Методы фармакоэкономического анализа позволяют решать многие практические задачи, возникающие на рынке медицинских товаров и услуг. Например, определять, какие лекарственные средства следует преимущественно использовать в больнице, выявить наилучший препарат для данного пациента, найти наиболее выгодный препарат для производителя.

Как видно из представленной таблицы, фармакоэкономический анализ оперирует, в основном, двумя показателями - затраты на лечение, оцениваемые в стоимостном выражении, и результаты лечения (прямые или косвенные), оцениваемые в стоимостных, натуральных и условных показателях.

На практике аналитики стараются перевести в денежный эквивалент столько параметров потенциального результата, сколько возможно, и провести количественное оценивание остальных параметров.

Величины, не поддающиеся количественной оценке, расцениваются как «неосозаемые» и при окончательном принятии решения могут рассматриваться произвольным образом. Это приводит к тому, что при оценке того или иного лекарственного средства по более чем двум разноразмерным показателям эффективность фармакоэкономического анализа существенно снижается из-за произвольной трактовки экспертами величин, не поддающихся прямой количественной оценке.

Принципиально новый методологический подход к оптимизации фармакотерапии заключается в использовании методов многокритериального оценивания на основе анализа иерархий.

Суть метода анализа иерархий, применительно к рассматриваемой предметной области, заключается в выделении глобальной цели, иерархическом структурировании проблемы в соответствии с этой целью, определении относительной важности (приоритетов) показателей, характеризующих то или иное лекарственное средство, значимости лекарственных средств с точки зрения выбранных показателей и сравнительных весов лекарственных средств. Под сравнительным весом лекарственного средства понимается его оценка в баллах, отнормированная по всем оценкам рассматриваемого множества лекарственных средств. Определение весов и приоритетов осуществляется на основе попарного сравнения показателей и лекарственных средств.

Рассмотрим вопросы структурирования проблемы оптимизации номенклатуры лекарственных средств более подробно.

Глобальной целью оптимизации номенклатуры лекарственных средств является максимальное повышение результативности фармакотерапии при определенных ограничениях на затраченные средства.

Таким образом, первым уровнем иерархии, ее вершиной, является результативность фармакотерапии.

На втором уровне иерархии будем рассматривать нозологические формы заболеваний. Каждой нозологической форме заболевания сопоставляется соответствующий ей вес, оцениваемый в статистических данных о доле лиц с рассматриваемой формой заболевания среди всего множества больных.

Для каждой нозологической формы заболевания указываются необходимые фармакологические группы препаратов. Каждая фармгруппа оценивается соответствующим весом, определяемым ее значимостью в фармакотерапии рассматриваемого заболевания. Таким образом, критерий выбора фармгрупп (их значимость) и сами фармгруппы составляют соответственно третий и четвертый уровни иерархии.

Для каждой группы препаратов указывается набор входящих в нее лекарств. Вклад каждого лекарственного средства в фармакотерапию рассматриваемого заболевания оценивается с использованием определенных выше характеристик. Уровни характеристик лекарственных средств и самих средств соответствуют пятому и шестому уровням иерархии. На пятом уровне иерархии сравниваются между собой характеристики лекарственных средств и определяются их приоритеты. На шестом уровне оцениваются веса лекарственных средств с точки зрения каждой из характеристик.

Перед экспертами ставятся вопросы типа: «Какая из двух рассматриваемых характеристик имеет большее значение для оценки лекарственных средств?»; «Какое из двух рассматриваемых лекарственных средств наиболее предпочтительное с точки зрения каждой из характеристик?». Ответы экспертов служат основанием для формирования матриц попарных сравнений и определения весовых коэффициентов для всего множества

рассматриваемых фармакологических групп, лекарственных средств и их характеристик.

Существо предлагаемой методики состоит в декомпозиции проблемы на все более простые составляющие части и представлении последовательности суждений эксперта (лица, принимающего решение) по попарным сравнениям этих частей в числовом эквиваленте. Полученные результаты - числовые эквиваленты приоритетов (весовые коэффициенты) оцениваемых элементов иерархии - отражают относительную степень (интенсивность) взаимодействия элементов в иерархии. Полученные числовые значения являются оценками в шкале отношений предпочтительности и соответствуют так называемым жестким оценкам. Таким образом, основная идея метода заключается в поэтапном установлении весов (приоритетов) на основе попарного сравнения элементов.

Предлагаемый вашему вниманию метод позволяет решить следующие основные задачи формирования лекарственной политики:

- провести оптимизацию номенклатуры лекарств, используемых в терапии конкретных заболеваний или группы заболеваний для различных уровней системы здравоохранения;
- оценить количественные показатели потребности структурно однородных групп больных, нуждающихся в однотипных лечебно-диагностических мероприятиях.

В качестве одного из направлений фармакоэкономических исследований в фармации можно рассмотреть подходы, разработанные для стандартизации фармакотерапии гипертонической болезни.

Для выполнения данной задачи было проанализировано потребление антигипертензивных средств в России и за рубежом, изучены и оценены эффективность и стоимость рекомендуемых схем лечения гипертонической болезни, в том числе разработанных в результате международных рандомизированных плацебоконтролируемых исследований (VNF I, SAVE, SOLVD, VHFT II, Treatment of Mild Hypertension Study, Multiple Risk Factor Intervention Trial, Systolic Hypertension in the Elderly Program, Department of Veterans Affairs Cooperative Study, Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial).

При составлении Перечня медикаментов, предлагаемых для включения в стандарт и для снабжения военно-медицинских учреждений в мирное время, мы исходили из необходимости дать врачу возможность применения препаратов различных классов с учетом особенностей течения заболевания.

Известно, что при лечении гипертензии используются диуретики, β -блокаторы, α -агонисты центрального действия, α -блокаторы, смешанные симпатолитики типа резерпина, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), «прямые» вазодилататоры, блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК).

При этом основными классами антигипертензивных препаратов являются β -блокаторы, диуретики, блокаторы медленных кальциевых каналов и ингибиторы АПФ. Остальные классы препаратов ранее рассматривались как резервные [6]. Уже в 1993 г. в 5-ом отчете Объединенного национального комитета по выявлению, оценке и лечению повышенного артериального давления (США) средствами первого ряда были названы уже препараты 6 групп: тиазидные диуретики, β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, α -адреноблокаторы и α, β -адреноблокаторы. Российские специалисты в настоящее время в качестве средств первого ряда для лечения артериальной гипертензии рассматривают ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы, α -адреноблокаторы, антагонисты кальция и диуретики.

По объему продаж в мире антагонисты кальция в 1988 г. составляли 27 % от всех сердечно-сосудистых средств, β -блокаторы - 26%, диуретики - 18%, ингибиторы АПФ - 17%, другие антигипертензивные препараты - 12%. При этом есть тенденция к изменению использования препаратов разных групп: продажи β -блокаторов и диуретиков несколько снижаются, а кальциевые блокаторы и ингибиторы АПФ используются все более широко [16]. В то же время следует отметить, что диуретики и β -блокаторы являются единственными препаратами, при применении которых в контролируемых исследованиях доказано снижение смертности у больных артериальной гипертензией.

Указанные классы препаратов могут не отличаться по своим гемодинамическим свойствам (антигипертензивная эффективность препаратов различных групп при мягкой гипертензии примерно одинакова [14]), но разнятся по способности влиять на липидный и глюкозный метаболизм и антипролиферативным свойствам [12, 17].

Выбор того или иного средства антигипертензивной терапии основывается в основном на наличии тех или иных факторов риска и сопутствующих заболеваний у пациента (сахарный диабет, ожирение, гипертрофия левого желудочка, сердечная недостаточность, подагра, бронхоспазм, поражение периферических артерий и др.). Следует принимать во внимание и возраст больного. Однако в любом случае одним из основных принципов проведения антигипертензивной терапии является индивидуальный подбор препаратов.

Основные условия выбора антигипертензивных препаратов представлены в таблице.

Наряду с такими характеристиками как эффективность, безопасность, стоимость выбор препаратов внутри фармакотерапевтических групп осуществлялся с учетом их наличия на отечественном фармацевтическом рынке. При прочих равных условиях предпочтение отдавалось препаратам, производимым в России.

Например, в стандарты предлагается включить отечественные тиазидные (гидрохлортиазид и циклометиазид), петлевые (фуросемид) и калийсберегающие диуретики (спиронолактон), а также отечественный комбинированный препарат, содержащий гидрохлортиазид и калийсберегающий диуретик, - триамтерен (торговое название - Триамтезид). Таким образом, врач может располагать всем спектром диуретических препаратов и рекомендовать их в зависимости от состояния больного. В группе β -блокаторов наиболее предпочтительными являются как неселективные препараты (надолол и пропранолол), так и кардиоселективный препарат (атенолол). Среди лекарственных форм надолола предпочтение отдано российской, так как большой период полувыведения позволяет применять препарат один раз в день, что значительно удобнее для больного.

Аналогичным образом осуществлялся отбор препаратов из других групп. В дальнейшем, для больных, нуждающихся в однотипной фармакотерапии, определяются количественные характеристики потребления препаратов, предлагаемых для включения в фармакоэкономический стандарт.